

---

**Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190065274**

**Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente: 27/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190065274**

**Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente: 27/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190065274

Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 27/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005441-0

Conta: 000007782-8

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 016.746.113-31 Nome completo da vítima: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR CPF: 016.746.113-31  
Profissão: AGRICULTOR Endereço: SÍTIO SANTA CLARA Número: 311 Complemento: CASA  
Bairro: ZONA RURAL Cidade: QUITEIRÃO/PI Estado: CEARA CEP: 63.630-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (88) 999424835

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BRASECO  
AGÊNCIA: 5441 0 CONTA: 7782 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ nascituro (vai nascer)? \_\_\_\_\_  
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não atestada

Local e Data: NOVA ORIENTE-CE, 24/01/2019

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Francisco Rodrigues da Silva Junior  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Diogenes Carlos Dantas  
Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

COMPREENSÃO  
Assinatura  
25 JAN 2019

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

*[Assinatura]*



VIA DO CLIENTE

CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.  
ELIEZIO DE PINHO DOMINGO - ME  
RUA DEODÉCIO ARAGÃO 189  
TERM. NET-150 00833622 DATA 24/01/2019  
DATA: 24/01/2019 HORA DE BRASÍLIA: 15:12

DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

FAVORECIDO

BANCO : 237

AGENCIA: 05441 - NOVO ORIENTE

CORTA : 003000007782-8

NOME : FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA  
J

DEPOSITANTE : O PROPRIO

FAVORECIDO

VALOR EM DINHEIRO : 10.00

VALOR EM CHEQUE : 0.00

VALOR TOTAL : 10.00

AG. BRADESCO : 5441 - NOVO ORIENTE

CORRESP. BANC. 1060 - ORIENTE VARIEDADES

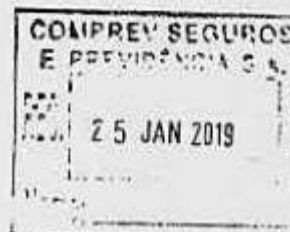
NSU: 002403783915 AUTENTICACAO: 632034

O ELIEZIO DE PINHO DOMINGO - ME ATUA  
COMO CORRESPONDENTE BANCARIO DO BANCO  
BRADESCO S.A.

CONSERVE ESTE RECIBO

DIVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933

NSU REDE: 005371 HORA REDE: 15:12:20



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190065274  
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Rodrigues da Silva Junior  
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Santa Clara, S/N  
Zona Rural Quiterianopolis CE CEP: 63650-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 2004005087850  
Data local do acidente: [ 27/06/2018 ]  
Data local do exame: [ 12/02/2019 ] Crateús [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**SOFREU FRATURA GRAVE EM PUNHO ESQUERDO**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO; OSTEOSSINTESE COM PLACA DE FIXAÇÃO E PARAFUSOS**  
**Complicações: NAO INTERCORRENCIAS OU COMPLICAÇÕES**  
**Data da Alta: 10/08/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**DEFORMIDADE ANATOMICA RIGIDEZ ARTICULAR DO PUNHO**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim ( ) Não**
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim ( ) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**RIGIDEZ DO PUNHO ATROFIA MUSCULAR PERDA DA FORÇA, DEFORMIDADE ANATOMICA  
REDUÇÃO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS.**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |  |  |
|--|--|
| <p><b>( ) "Vítima em tratamento"</b><br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p><b>( ) "Sem sequela permanente"</b><br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |   |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>PUNHO - Lado Esquerdo</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio <b>(X) 75% intensa</b> ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM







GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANOPOLIS



Impresso nº 201954887

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 538 - 28 / 2019

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **23/01/2019 11:35:59**  
Data / Hora da Ocorrência: **27/06/2018 14:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **SITIO SÃO JERONIMO**  
Complemento:  
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **QUITERIANOPOLIS/CE**  
Ponto de Referência:

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR**  
Nascimento: **03/09/1986** CPF: **016.746.113-31**  
RG: **2004005087850** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **MARIA PEREIRA DA SILVA RODRIGUES**  
**FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**  
Endereço: **SITIO SANTA CLARA, 9988**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **QUITERIANOPOLIS/CE**  
País: **BRASIL**  
Telefone: **(88) 99942-4835**



### Histórico

A vítima qualificada compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil narra QUE: estava pilotando a moto HONDA/BROS NXR160 ESDD, ANO 2017 E MODELO 2018, DE PLACA POG6720/CE, DE COR VERMELHA; MOTOCICLETA ESTA DE PROPRIEDADE DE ANTONIO GOMES VIEIRA; QUE por volta das 14h00MIN do dia 27 de JUNHO de 2018, pilotava a moto acima citada na localidade de SÃO JERÔNIMO, zona rural de Quiterianópolis; QUE acionou o freio dianteiro da motocicleta; QUE caiu sobre a estrada de terra; QUE foi socorrido por familiares que estavam próximo e levado para o Hospital e Maternidade Quitéria de Lima de Quiterianópolis, local onde recebeu os primeiros socorros; QUE no dia seguinte foi transferido para o hospital de Crateús-CE onde fez exame de raio-X; QUE o exame de raio-X constatou fratura no punho esquerdo; QUE fez cirurgia e ficou 90 dias com braço imobilizado; QUE o pulso esquerdo ainda não está recuperado; QUE está fazendo seções de fisioterapia; QUE indica como testemunhas: FRANCISCO FERREIRA DANTAS, CPF: 004.201.483-29, RESIDENTE NA RUA SANTA CLARA, 570, CENTRO DE QUITERIANÓPOLIS-CE, E ANTONIO RODRIGUES FILHO, CPF: 220.697.043-00, RESIDENTE NO SÍTIO SANTA CLARA, 11111, QUITERIANÓPOLIS-CE; E NADA MAIS DISSE;

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANOPOLIS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO JURACI ALVES DA SILVA - MAT.: 30119843

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Francisco Rodrigues da Silva Junior*

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANOPOLIS

Consolidado em: 23/01/2019 11:54:53

Pág. 1 de 2

Impresso em: 23/01/2019 11:54:53



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANÓPOLIS

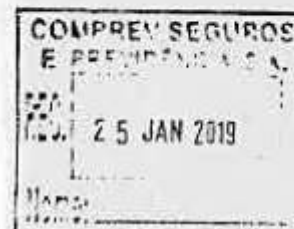


Impresso nº 201954887

BOLETIM DE Ocorrência Nº 538 - 28 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANTONIO GISLEIAN GRACIANO DE LIMA - MAT.: 198333-1-3







# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

016.746.113-31

Nome completo da vítima:

FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR

CPF:

016.746.113-31

Número:

316

Complemento:

CASA

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

SITIO SANTA CLARA

Estado:

PRACA

CEP:

63.650-000

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

QUITEIRÃO POLIS

Tel.(DDD):

(88) 999424835

E-mail:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

BRASECO

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

5441

CONTA:

7782

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima teve filhos, informar quantos vivos: ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: NOVA ORIENTE-CE, 24/01/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

COMPANHIA SEGUROS E PREVIDÊNCIA  
Assinatura: [Assinatura]  
25 JAN 2019  
Assinatura: [Assinatura]

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SOCIÉDDE BENEFICENTE SAO CAMILO

HOSPITAL SAO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Impressão: 27/06/2018 10:24

Página 1

Prontuário 136831 Atendimento 0001 Nome do Paciente FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
 Documentação CPF: 016.746.113-31 Local SAO MIGUEL DO TAPUIO/PI  
 Data de Nascimento 03/09/1986 Mãe MARIA PEREIRA DA SILVA RODRIGUES  
 Pai FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA CEP 63850-000 Município QUITERIANOPOLIS  
 Endereço RUA DO COLEGIO MARIA JOSE, SN Bairro SANTA CLARA Conjuge  
 Responsável MARIA PEREIRA DA SILVA RODRI CPF do Responsável Endereço RUA DO COLEGIO MARIA JOSE, SN Município QUITERIANOPOLIS UF CE

## DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 27/06/2018 Hora 09:57 Convênio SUS  
 Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRMUF 6945/CE Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO  
 Indizador de Acidente Funcionário ANTONIA VIERA DA SILVA

Observação  
trouxe guia  
Sala

Data/Hora Liberação

ds hs

Tipo de Saída

( ) Alta

( ) Internação

( ) Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)  
67,000

Altura (cm)

T (°C)  
36

P (bpm)  
70

R (rpm)  
18

PA (mmHg)  
110 X 70

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 27/06/2018 10:23

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:

paciente vítima de queda de moto (sic), apresenta fratura em MSE, há 1 dia  
spo2: 98

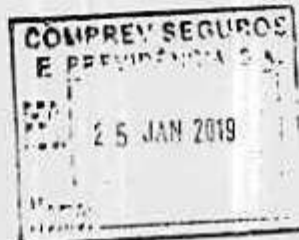
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Paciente com lesão  
 no pulso E em  
 o braço  
 a x pulso E x  
 fratura do pulso  
 febra leve

Dr. Jamil S. Jorqueira  
 Traumatista Ortopedia  
 CRM 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

CÓPIA



Assinatura Paciente/Responsável  
 Responsável: MARIA PEREIRA DA SILVA

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05441-0

CONTA: 000000007782-8

Nr. Autenticação

BRDESCO1203201905000000000023705441000000007782253125 PAGO



Esta é a segunda via de  
**DEZ/2018**

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE  
**6833251** DV **3**

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

DESCRIÇÃO DA CONTA

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **555221215**  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438 de  
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 38 037042 09 037010 Medidor 2070723 Poste 0000 A15E  
Nome FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA  
Endereço Postal

End. da Unidade ST STA CLARA 09988 DT SAO FRANCISC QUITERIANOPOLIS  
Consumidora 63650000

RG / CPF / CNPJ 765.558.363-34 CGF  
Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP 2648 2522 1 126 0 126

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 24/12/2018 Prev. Próxima Leitura 24/01/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9DD3.1403.F1AC.5777.F5DF.7BED.E257.6937

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto  
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS  
COB. SALDO FATURA ANTERIOR

42,39

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

0 100

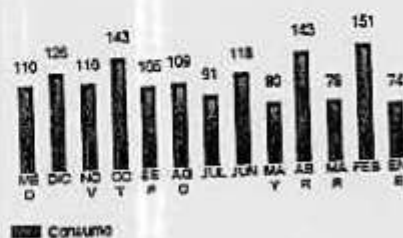
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 23,96  
Conjunto PARAMBU  
Mês OUT/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,87	21,74	43,49	2,28	0,00	0,00
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,88			2,28		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



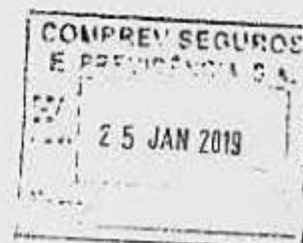
autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 6833251-3  
Data de Emissão: 24/01/2019

N° da Nota Fiscal: 555221215  
Referência: DEZ/2018

Total a Pagar (R\$): 86,58  
N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER







2ª Via

Nº de Inscrição:

0051651165

## DADOS DO CLIENTE

Nome: DENILSON CASTRO DANTAS

End. Lote: RU PEDRO CARVALHEDO, 366, CENTRO

Cidade: NOVO ORIENTE

CPF: 63.740-000

End. Entrega:

Cidade:

CPF:

Local: 097

Setor: 005  
Subsetor:Quadra: 0143  
Subquadra:

Lote: 0314

Camp: 0000

## ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A13F210502	1158	1178	20	19

## DATAS

Letra Anual: 27/11/2018

Emissão: 08/01/2019

Lacre Água: 1632153

Letra Anterior: 26/10/2018

Próxima Letra: 27/12/2018

Lacre Esgoto: 4002075

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2018

Nº de Amostras	Cole	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Esigidas	022	022	010	022	022
Analisadas	022	022	010	022	022
Em conformidade	022	018	006	022	022

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos debito de R\$ 86,89. Caso pago, desconsiderar.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	67,75	Mês/Ano		
ESGOTO	49,71	NOV/2017	24	19
MULTA DE 2%	1,67	DEZ/2017	21	16
JUROS DE 6,033% AO DIA	1,04	JAN/2018	17	13
		FEB/2018	17	13
		MAR/2018	16	12
		ABR/2018	14	11
		MAY/2018	14	11
		JUN/2018	18	14
		JUL/2018	21	16
		AGO/2018	26	20
		SET/2018	20	16
		OUT/2018	18	12

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
Descrição		Descrição	
PIG	1,15	VALOR DO SERVIÇO	139,31
COFINS	5,74	VALOR DO SUBSÍDIO	19,14
		VALOR TOTAL A PAGAR	120,17

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
11/2018	10/12/2018	120,17

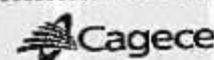
## ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BB, Itaú, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Fina, Outros: PagBank. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Para mais serviço, consulte sua agência.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Para mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na ouvidoria Cagece: 3101.1914, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br)

Entidades Reguladoras: Forpiza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



## DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0051651165 Código de Responsável:

Mês/Ano: 11/2018

Local: 097

Setor: 5  
Subsetor:Quadra: 0143  
Subquadra:

Lote: 0314

Camp: 0000

Cidade: NOVO ORIENTE

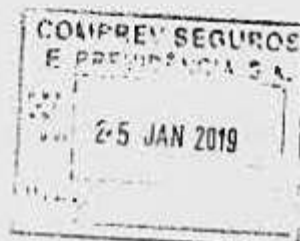
Vencimento: 10/12/2018

Total (R\$): 120,17

82680000001-8 20170009600-5 05165116501-4 00070331045-8



EMIÇÃO : CHATBOT08/01/2019 11:39:25



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu DEVILHAN CASTRO DANTAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 781.883.183 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.746.113 / 31, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR, inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.746.113 / 31, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

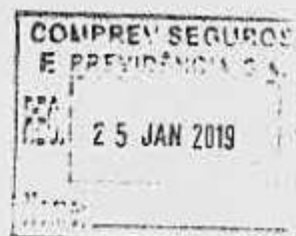
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA PEDRO CARVALHEIRO</u>		Número <u>366</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>NOVO ORIENTE</u>	Estado <u>CENRÁ</u>	CEP <u>63.740-004</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(88) 996232760</u>

NOVO ORIENTE-CE, 24 de JANEIRO de 2019  
Local e Data

Devilhan Castro Dantas  
Assinatura do Declarante





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ANTONIO GOMES VIEIRA

RG nº 20071031931-SP-CE, data de expedição 20/07/2017,

Órgão SP-CE, portador do CPF nº 102.890.173-72

com domicílio na cidade de ARITERIÂNÓPOLIS, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LOCALIDADE RUA - ZONA RURAL, nº 5/Nº

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR, cujo o condutor era

FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR.

Veículo: Moto Modelo: HONDA/NXR/160/2005 Ano: 2017/2013

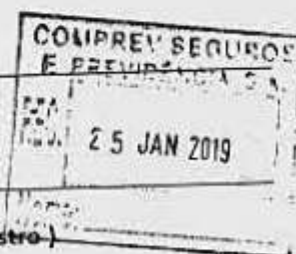
Placa: POB6720 Chassi: 9C2KJ8102R000161

Data do Acidente: 27/06/2018

Local e Data: NOVO ORIENTE - CE 24/01/2019

Antonio Gomes Vieira  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



CARTÓRIO  
**Pinho**  
2º Ofício

1. Para DANOS MATERIAIS DE VEÍCULO  
2. Para DANOS DE TERCEIROS  
3. Para DANOS DE TERCEIROS  
4. Para DANOS DE TERCEIROS  
5. Para DANOS DE TERCEIROS  
6. Para DANOS DE TERCEIROS

Reconheço por autenticidade a firma de ANTONIO GOMES VIEIRA

Ass. In. Inscr. In. Inscr. In. 24/01/2019. Em. Inscr. Inscr.



Glaunio Azevedo Ferreira Costa  
CARTÓRIO **Pinho** 2º OFÍCIO  
Glaunio Azevedo Ferreira Costa  
Escrevente Autorizado



Prefeitura de  
**QUITERIANÓPOLIS**  
FAZENDO MUITO MAIS  
Secretaria de Saúde do Município

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Nº 02

Data: 27.06.18

1ª IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Francisco Rodrigues da Silva Júnior  
Pai: Francisco Rodrigues da Silva  
Mãe: Cláudia Rodrigues da Silva  
CNS: 101 1040 45344510  
Est. Civil: Solteiro Sexo: M Data do Nasc.: 03.09.86 Idade: 32 anos  
Profissão: Condutor RG: 200400508785 CPF:  Cidade: Quiterianópolis  
Endereço: Santa Helena

2. Sinais e Sintomas: 1. Nódulo na região da axila esquerda há 15 dias  
do tipo fibroadenoma

3. Diagnóstico:

4. Conduta: Exame físico

Dr. Erika Pires da Lima  
MÉDICO  
CREMOM 11168

Assinatura do Médico

Francisco Rodrigues da Silva  
Ass. do Paciente ou Responsável

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S.A.  
25 JAN 2019



Prefeitura de  
**QUITERIANÓPOLIS**  
FAZENDO MUITO MAIS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

1 - Preencher esta ficha em 3 vias  
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento  
entregar 2 vias ao usuário orientando-o a  
retornar com a 1ª via à Unidade de Origem

**FICHA DE REFERÊNCIA**

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Nome: Fulgencio Rosineires da Silva Junior Prontuário N.º \_\_\_\_\_

Sexo: M ☒ F ☐

Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento? \_\_\_\_\_

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

Conduta já Realizada \_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstica \_\_\_\_\_

Assinatura do Encaminhante \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para Atendimento: \_\_\_\_\_

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☒

Procedimento: ANUSCO

Profissional: Neurologista

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (\*)**

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Prontuário N.º \_\_\_\_\_

Alta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resumo Clínico/Cirúrgico \_\_\_\_\_

Resultado de Exames \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Principal \_\_\_\_\_

CID \_\_\_\_\_

Secundário 1 \_\_\_\_\_

CID \_\_\_\_\_

Secundário 2 \_\_\_\_\_

CID \_\_\_\_\_

Proposta de Conduta para seguimento \_\_\_\_\_

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

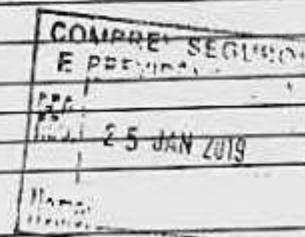
O motivo da referência coincide com o diagnóstico Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N.º Registro \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(\*) Utilizar também como resumo de alta





SOCIÉDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO

HOSPITAL SÃO LUCAS

Impressão: 27/06/2018 10:24

Página 1

v2011001

Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS

## DADOS DO PACIENTE

Prontuário 136831	Atendimento 0001	Nome do Paciente FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR	CNS 701104045344510	Guia de Autorização
Documento(s) CPF 016.746.113-31			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 03/09/1986	Local SAO MIGUEL DO TAPUIO/PI	Mãe MARIA PEREIRA DA SILVA RODRIGUES		Idade 31 Ano(s)
Pai FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA	Bairro SANTA CLARA	CEP 63850-000	Município QUITERIANOPOLIS	UF CE
Endereço RUA DO COLEGIO MARIA JOSE, SN	Endereço RUA DO COLEGIO MARIA JOSE, SN			Telefone 88 99449135
Profissão	Empresa	Cônjuge		
Responsável MARIA PEREIRA DA SILVA ROORI	CPF do Responsável		Município QUITERIANOPOLIS	UF CE

## DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 27/06/2018	Hora 09:57	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário ANTONIA VIERA DA SILVA	

Observação  
trouxe guia  
Sala

Data/Hora Liberação

/ / às hs

Tipo de Saída

( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

## Sinais Vitais

Peso (kg)  
67,000

Altura (cm)

T (°C)  
36

P (bpm)  
70

R (rpm)  
18

PA (mmHg)  
110 X 70

## Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 27/06/2018 10:23

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

## Relatório:

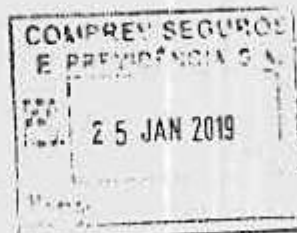
paciente vítima de queda de moto (sic), apresenta fratura em MSE, há 1 dia  
spo2: 98

## Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*paciente com fratura  
na perna e em  
o braço  
na perna e na  
fratura da perna  
feita leve*

Dr. Jamil S. Jorqueira  
Traumatista Ortopedia  
CRM 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945



*Maria Pereira da Silva*  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA PEREIRA DA SILVA





SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO  
HOSPITAL SÃO LUCAS  
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

v2017003

DADOS DO PACIENTE

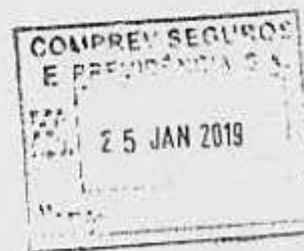
Nome				Prontuário/Assendimento	
FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR				136831/0005	
Nascimento		Local		País Nacionalidade	
03/09/1986		SAO MIGUEL DO TAPUIO		Brasil	
Sexo		Raça/Cor		Estado Civil	
Masculino		Parda		Solteiro(a)	
Documento(s)		Etnia		Religião	
CPF: 016.746.113-31				NÃO DETERMINADA	
Endereço		Nº SN		CNS	
RUA DO COLEGIO MARIA JOSE		SANTA CLARA		70.1104.045.3445-10	
Fone		Profissão		Município	
(88) 9944-9135				QUITERIANOPOLIS-CE	
Responsável		Empresa		CEP	
MARIA PEREIRA DA SILVA RODRIGUES				63650-000	
Endereço Responsável		CPF do Responsável		Fone Responsável	
Mãe		Cônjuge		Pai	
MARIA PEREIRA DA SILVA RODRIGUES				FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora		Quarto/Leito		Aposente		Clínica		Setor	
02/07/2018 11:26		007-0001		ENFERMARIA		CIRURGICA		CLINICA CIRURGICA	
Convênio		Matrícula		Autorização		Dias		Guia	
SUS						0			
Médico		CID Complementar		CRM		6945			
JAMIL SANCHES JORQUEIRA									
CID Principal									
Observação									
Usuário		Procedimento SUS						Sisprestat	
VIVIANE BARBOSA LIMA									
Data Saída		Hora		Condição da Saída		Usuário Saída			

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, torno ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.



CRATEUS, 2 de julho de 2018.

*Francisco Rodrigues da Silva Junior*  
Assinatura do paciente  
Responsável pela impressão: VIVIANE BARBOSA LIMA

Assinatura do responsável

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

A.S.L.

2 - DES 2481073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

A.S.L.

2 - DES 2481073

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Paciente: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR

Prontuário: 136831 Convênio: SUS

Data Nascimento: 03/09/1986

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA RODRIGUES

Município: QUITERIANÓPOLIS-CE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

1 - NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - Cód. BGE MUNICÍPIO

15 - UF

18 - CEP

CE 63650000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Anexos em anexo  
na parte anexo e  
anexo para

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EPR

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S 825

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO

Dr. Gilvan M. N. Marques

Médico Auditor - CRM 10784

Secretaria Municipal da Saúde de Crato

Departamento de Controle, Avaliação

Regulação e Auditoria

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CONSELHO SEGREDO

25 JAN 2019





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 02/07/2018 09:06

Página 1  
v.201.1001

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 138831 Atendimento 0003 Nome do Paciente FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Documento(s) CPF 016.746.113-31 Local SAO MIGUEL DO TAPUIO/PI  
Data de Nascimento 03/09/1986 Mãe MARIA PEREIRA DA SILVA RODRIGUES  
Pai FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA CEP 63650-000 Município QUITERIANOPOLIS  
Endereço RUA DO COLEGIO MARIA JOSE, SN Bairro SANTA CLARA Cónjuge  
Profissão Empresa  
Responsável MARIA PEREIRA DA SILVA RODRI CPF do Responsável Endereço RUA DO COLEGIO MARIA JOSE, SN Município QUITERIANOPOLIS UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 02/07/2018 Hora 07:59 Convênio SUS  
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM/UF 6945/CE Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO  
Indicador de Acidente Funcionário MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA

Observação  
2706/2018

Data/Hora Liberação \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs Tipo de Saida ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais  
Peso (kg) 68,000 Altura (cm) T (°C) 36 P (bpm) 74 H (mmHg) 20 PA (mmHg) 120 X 60

Classificação de Risco  
Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 02/07/2018 09:06  
Responsável pela Classificação: ALINE SOARES ROSA

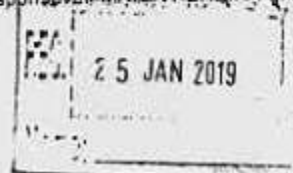
Relatório:  
Paciente refere retorno traumatológico, apresenta trauma em MSE, nega alergia medicamentosa. spo2:99%

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

*pro Rodrigues da Silva*

Assinado em nome do Responsável  
Responsável: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA



**FOLHA DE EVOLUÇÃO**

NOME: Francisco Rodrigues da Silva Júnior

PRONTUÁRIO: 136831 POSTO: C.M LEITO: 7.1

[illegible]

Resumo/Sumário de alta

Paciente: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR	Prontuário: 138831
Data de Nascimento: 03/09/1986	Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA RODRIGUES
Idade: 31 Ano(s)	Convênio: SUS
Setor: CLINICA CIRURGICA	Data da Internação: 02/07/2018
Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA	Leito: 007 - 0001
Diagnóstico Principal:	CRM: 6945
Data: 07/07/2018	Hora: 14:04

Motivo da Internação:

FRATUR DA PUNHO

Conduta / Tratamento Realizado:

OSTEOSSINTESE DO PUNHO

Exames Realizados:

RX DE CONTROLE

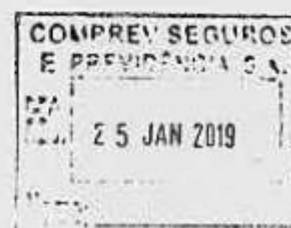
Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Assinatura Paciente/Responsável



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS  
CNPJ 60.975.737/0076-79  
RUA UBALDINO SOUTO MAIOR, 1052 - 63700000 - CRATEUS - CE

Impressão: 07/07/2018 14:06

Página 1

v2018002

## • ATESTADO MÉDICO

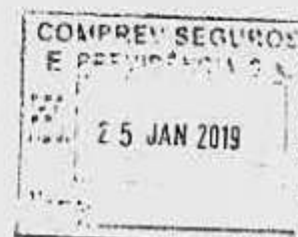
Atesto que o Sr(a) FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR necessita afastar-se de suas atividades de 02/07/2018 (segunda-feira) até 11/09/2018 (terça-feira), para tratamento médico.

### Observações

osteosintese de fratura do punho

CRATEUS - CE, 07 de julho de 2018 - 14:06

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM 6945





**Dr. José Silva Macário**

**CRM. 19205**

Rua Dona Joana, s/nº - CEP. 63.740-000 - Novo Oriente - Ceará.

## RELATÓRIO MÉDICO

Atesto para fins do Seguro DPVAT, que **FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR**, portador(a) do RG nº 2004005087850 SSP-SP e CPF nº 016.746.113-31, com relato de ter envolvido-se em acidente de trânsito no dia 27/06/2018, no Município de Quiterianópolis-CE, tendo recebido o primeiro atendimento no Hospital e Maternidade Quitéria de Lima, no Município de Quiterianópolis-CE e posteriormente transferido para o Hospital de Referência São Lucas, na cidade de Crateús-CE.

- Com diagnóstico inicial de FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.
- Confirmada fratura de extremidade distal do rádio esquerdo com redução do espaço articular entre rádio e carpos, evidenciada em radiografia, além de subluxação da ulna esquerda.
- Seguindo tratamento cirúrgico com redução aberta e fixação interna com placa e parafusos corticais. Seguida de sessões de fisioterapia motora.

Com base ao exame clínico pode-se afirmar que a vítima encontra-se em Alta Definitiva nesta data e apresenta dano anatômico e funcional permanente, evidenciando-se as seguintes limitações físicas irreversíveis.

- Refere dor na articulação dos punho esquerdo, independente do movimento e piora com atividades diárias ou baixas temperaturas.
- Deformidade óssea no punho esquerdo
- Dor à palpação na topografia dos punhos esquerdo
- Apresenta limitação funcional severa com redução acentuada do ângulo para a flexão, extensão, adução e abdução do punho esquerdo.
- Perda de força de prensa na mão esquerda (grau 4)

### GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL:

1ª Lesão - Região Corporal (sequela) PUNHO ESQUERDO

( ) 10% residual - ( ) 25% leve - ( ) 50% médio - ( X ) 75% intensa - ( ) 100% completa

COMPREV SEGUROS  
E REPARAÇÃO S/A.

06 FEV 2019

Afirmo que avalei a vítima nesta data e as respostas acima são verdadeiras.

Novo Oriente - CE, 06 de FEVEREIRO de 2019.

Dr. José Silva Macário  
MÉDICO  
CRM. 19.205





**EXAME:** RAO X  
**NOME:** FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
**DATA:** 05-02-2019  
**MÉDICO SOLICITANTE:**

**LAUDO**

**PUNHO ESQUERDO**

Sinais de desmineralização óssea  
Osteossíntese com placa e parafusos metálicos na porção distal do rádio  
Fratura prévia do processo estilóide da ulna  
Espaços articulares preservados  
Partes moles peri-articulares sem alteração



☛ Raimundo Aicelerado, 383,  
Alto Guaramiranga, Canindé-CE  
(85) 3343-3739 / (85) 9 9738-8665

☛ Rua Ubaldino Souto Major, 1230,  
São Vicente, Crateús-CE,  
(88) 3691.3140 / 99768.8987

☛ Rua Jornalista Halder Feltosa, 324  
Colibris, Tauá-CE,  
(88) 3457.1186 / 99618.3650

☛ Avenida Cônego Eduardo Araújo, 774  
Coque, Pacajus-CE  
(85) 3348-7349 / (85) 99070-4196



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

NOME  
 FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / RG (DADOS UF)  
 2004005007850 SSF CE

CPF  
 016.746.113-31 DATA NASCIMENTO  
 03/09/1986

PRONOME  
 FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA  
 MARIA PEREIRA DA SILVA  
 RODRIGUES

SEXO  
 MASCULINO ACC CASAL  
 AB

Nº REGISTRO  
 03599365406 VALIDEZ  
 13/11/2018 1ª EMISSÃO  
 15/12/2006

OBSERVAÇÃO  
 SEM OBSERVAÇÃO;

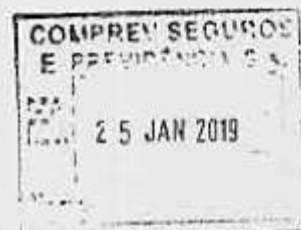
*Francisco Rodrigues da Silva Junior*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
 FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO  
 23/12/2013

*Francisco Rodrigues da Silva Junior*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

66004009404  
 CEL38726426

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 883208031



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 CANTEIRO NACIONAL DE HABITAÇÃO

**PROTEÇÃO**  
**DENILSON CASTRO DANTAS**

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISOR / UF**  
 304102098 SSP CE

**CPF**  
 781.863.183-53

**DATA NASCIMENTO**  
 01/04/1977

**TRACÇÃO**  
 FRANCISCO BRAZ DANTAS  
 ALAIDE ALVES DE SOUSA

**PERMISSÃO**  
 04820791472

**ACC**  
 14/08/2019

**CHINA**  
 25/11/2009

**Observações**  
 SEM OBSERVAÇÃO;

*Denilson Castro Dantas*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL**  
 CRATEUS, CE

**DATA EMISSÃO**  
 26/08/2014

*João Vitor*  
 NOME DO DETENTOR DO PASSAPORTE  
 ASSINATURA DO EMISOR

**DEPARTAMENTO DE CANTO (CANTO)**

**PROTEÇÃO PLASTIFICADA**  
**973054610**

**VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**973054610**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013788672937  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA COC RENAVAM ENTRC EXERCÍCIO  
CRDO 01 1134817212 0000000000 2017

ANTONIO GOMES VIEIRA  
\*\*\*\*\*  
QUITERIANOPOLIS/CE

10282017372 FOG6720

PLACA/UF CHASSI  
\*\*\*\*\*/CE 9C2KD0810JR000161

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD  
HONDA/NXR160 BROS ESDD 2017 2018

CAT/POT/CL CATEGORIA COR PRE DOMINANTE  
2P/OCV/162CC PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC COTA UNICA 1\* \*\*\*\*\*  
IPV FAIXA LVA PARCELAMENTO/COTAS 2\* \*\*\*\*\*  
A 3\* \*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
00/00/0000

RESERVAÇÕES  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LOCAL DATA  
QUITERIANOPOLIS 07/02/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013788672937 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

10282017372 POG6720  
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

013788672937 18611147651

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2017 07/02/2017

VIA COC / CNPJ PLACA  
0 10282017372 POG6720

RENAVAM MARCA / MODELO  
1134817212 HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB CAT TAR Nº CHASSI  
2017 09 9C2KD0810JR000161

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

DATA DE QUOTAÇÃO  
00/00/0000


PARCELAMENTO  
☐ COTA UNICA ☐ PARCELADO

DESPACHANTE  
LOTE/SEGURO MOTOR: DPVAT  
MOTOR: KD08E10000150

2102-135

COPIAR E PRESENTAR  
25 JAN 2019

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029555/19

Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR

CPF: 016.746.113-31

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/06/2018

Titular do CPF: FRANCISCO RODRIGUES  
DA SILVA JUNIOR

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**DENILSON CASTRO DANTAS : 781.883.183-53**

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de Identificação  
Procuração

**FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR : 016.746.113-31**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do Interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/01/2019  
Nome: DENILSON CASTRO DANTAS  
CPF: 781.883.183-53

DENILSON CASTRO DANTAS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/01/2019  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

ALANA DA SILVA DE MATOS

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029555/19

**Número do Sinistro:** 3190065274

**Vítima:** FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIC

**CPF:** 016.746.113-31

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/06/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/02/2019  
Nome: DENILSON CASTRO DANTAS  
CPF: 781.883.183-53

DENILSON CASTRO DANTAS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2019  
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA  
CPF: 040.259.363-48

LILIANA MARIA PEREIRA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190065274 **Cidade:** Quiterianópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 27/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** SOFREU FRATURA GRAVE EM PUNHO ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** DEFORMIDADE ANATOMICA RIGIDEZ ARTICULAR DO PUNHO

**Resultados terapêuticos:** BOM RESULTADO CLINICO COM BOA CONSOLIDAÇÃO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO PUNHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/02/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190065274 **Cidade:** Quiterianópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 27/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** SOFREU FRATURA GRAVE EM PUNHO ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** DEFORMIDADE ANATOMICA RIGIDEZ ARTICULAR DO PUNHO

**Resultados terapêuticos:** BOM RESULTADO CLINICO COM BOA CONSOLIDAÇÃO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO PUNHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/02/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190065274 **Cidade:** Quiterianópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 27/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.2) - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @(P.1)SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190065274 **Cidade:** Quiterianópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 27/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.2) - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

NOME:	Francisco Rodrigues da Silva Júnior		
NACIONALIDADE:	Brasileira		
ESTADO CIVIL:	Solteiro	PROFISSÃO:	Agricultor
RG Nº	20040050877850—SSP-CE.	CPF Nº:	016.746.113-31
ENDEREÇO:	Sítio Santa Clara	BAIRRO:	Zona Rural
CIDADE:	Quiterianópolis	ESTADO:	Ceará
TELEFONE:	(88) 996232760		

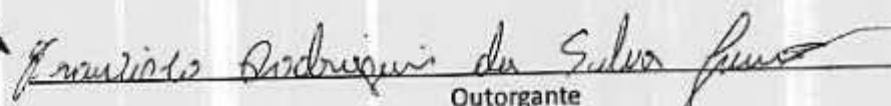
## OUTORGADO:

NOME:	Denilson Castro Dantas		
NACIONALIDADE:	Brasileira		
ESTADO CIVIL:	Solteiro	PROFISSÃO:	Func. Público
RG Nº:	306102096-SSP-CE	CPF Nº:	781.883.183-53
ENDEREÇO:	Rua Pedro Carvalheda, nº 209	BAIRRO:	Centro
CIDADE:	Novo Oriente	ESTADO:	Ceará
TELEFONE:	(88) 996232760		

## PODERES:

Confere amplos poderes para praticar todos os atos administrativos que se fizerem necessários na movimentação e conclusão de processos novos ou complementares do Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto representar perante qualquer seguradora, prestar declarações, apresentar e retirar documentos, assinar formulário de autorização de pagamento/credito de indenização de sinistros DPVAT, formulário de declaração de residência, formulário de declaração de inexistência ou de ausência de Laudo do IML, formulário de aviso de sinistro e quaisquer outros formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, bem como junto à Ouvidoria da Líder e SUSEP, para fins de reclamações e requerimentos; enfim praticar todos os demais atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato. Assim o disseram e dou fé. A pedido das partes lavrei esta procuração pública.

Novo Oriente/CE, 24 de janeiro de 2019

  
Outorgante

CARTÓRIO  
*Pinho*  
2º Ofício

1. São Paulo: Alencar de Almeida  
2. São Paulo: Alencar de Almeida  
3. São Paulo: Alencar de Almeida  
4. São Paulo: Alencar de Almeida  
5. São Paulo: Alencar de Almeida

Reconheço por autenticidade a firma de FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR.

Local: São Paulo - Data: 24/01/2019 - Por: [Assinatura]



  
CARTÓRIO *Pinho* 2º OFÍCIO  
Glaudio Azevedo Ferrelra Costa  
Escrivente Autorizado

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029555/19

**Vítima:** FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIC

**CPF:** 016.746.113-31

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/06/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO RODRIGUES  
DA SILVA JUNIOR

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### DENILSON CASTRO DANTAS : 781.883.183-53

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR : 016.746.113-31

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/01/2019  
Nome: DENILSON CASTRO DANTAS  
CPF: 781.883.183-53

DENILSON CASTRO DANTAS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/01/2019  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

ALANA DA SILVA DE MATOS



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029555/19

**Número do Sinistro:** 3190065274

**Vítima:** FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA JUNIC

**CPF:** 016.746.113-31

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/06/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO RODRIGUES  
DA SILVA JUNIOR

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/02/2019  
Nome: DENILSON CASTRO DANTAS  
CPF: 781.883.183-53

DENILSON CASTRO DANTAS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2019  
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA  
CPF: 040.259.363-48

LILIANA MARIA PEREIRA